Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 marca 1882. **№ 9.** Rok XXI.

I. Działanie lecznicze salicynu.

Napisał Prof. Dr **Korczyński.**

Do rzędu leków, które z chwilą wynalezienia i polecenia przeciw pewnéj chorobie zyskują bardzo szerokie koło zwolenników i rozległe zastósowanie w praktyce lekarskiéj, ażeby tém rychléj popaść znów w zapomnienie, z którego na chwilę tylko obudza je nowoczesna żądza wynajdywania nowych leków swoistych, należy bezsprzecznie salicyn.

Ciało to, należące do glykozydów i długi czas uważane jako alkaloid, bardzo zresztą zajmujące pod względem własności i przemian chemicznych tak w ustroju zwierzęcym jako też poza takowym, po bezskutecznych próbach otrzymania w stanie czystym, podjętych przez F o n t a n ę w Larizzie, R i g a t e l l e g o w Weronie i B u c h n e r a w Monachijum, przedstawione zostało po raz pierwszy w stanie czystym i krystalicznym w r. 1829 przez aptekarza Leroux z Vitry, który donosząc o swym wynalazku Akademii Umiejętności w Paryżu zachwalił nowy przetwór chemiczny jako środek leczący zimnice z równą skutecznością jak chinin. Z gorączkowym zapałem chwycili się chemicy i farmaceuci nowego ciała, badali jego własności i przemiany chemiczne, podobieństwa z ciałami znanemi, docieckli najlepszego i najkorzystniejszego sposobu otrzymywania, tak dalece, że do końca r. 1859 spisano już 84 rozpraw chemicznych i farmaceutycznych o salicynie, a poszukiwano go nietylko w 36 gatunkach wierzby i topoli, ale i w wielu innych roślinach.

I lekarze nie dali się wyprzedzić w doświadczaniu skuteczności nowego leku, gdyż do r. 1860go spisał W. S c h e f f e r w swéj monografii, z któréj powyższe daty wyjmuję, aż 45 tytułów rozpraw lekarskich o salicynie. Zrazu sądzono, że salicyn zupełnie wyprze z użycia chinin i bardzo go zachwalano, późniejsze spostrzeżenia zdawały się coraz mniéj przemawiać na jego korzyść, przynajmniéj wyniki poszczególnych badaczów były bardzo sprzeczne, tak dalece, że lek ten wkrótce zaniechany prawie zupełnie i wyrugowany nawet z wielu urzędowych spisów leków obowiązujących, zajmował tylko umysły chemików. Doświadczenia M i q u e l a, G é r a r d i n a, M a g e n d i e g o, F o r i o, S o k o ł o w a, L e v y e g o i w. i., pod względem skuteczności w zimnicy, B u s c h a co do wpływu korzystnego na przebieg krztuśca, G r a f f a, L i n z a, S t e g m a y e r a, B l o m m a i w. i. wykazujące działanie korzystne w niestrawności, biegunkach i śluzotokach zamiast do dzieł i podręczników farmakologicznych i terapeutycznych, przeszły do — historyi medycyny. Przyczyną niestałości działania, a więc i zniechęcenia lekarzy, była prawdopodobnie zbyt mała dawka, w któréj lek ten podawano.

Dopiero w nowszych czasach po wprowadzeniu w użycie lekarskie kwasu salicylowego i jego przetworów przez K o l b e g o, a więcéj jeszcze po korzystném zastosowaniu tego leku w zapaleniach idyjopatycznych stawów przez B u s s a (*D. Arch. f. kl. Med*.. 1875, XV, str. 486), S t r i c k e r a (*Berl. klin. W*., 1876, Nr. 1) i S e n a t o r a (*B. kl. W*., 1876, Nr. 4), i wielu innych zaczęło na nowo polecać i badać salicyn głównie jako lek przeciwgośćcowy i to tak dalece, że zapasy salicynu zrazu zostały zupełnie wyczerpane, a cena fabryczna bardzo znacznie się podniosła. Rok 1876 zaznaczając nowy zwrot ku salicynowi przyniósł obszerne prace o tym nawpół zapomnianym leku. Do najznakomitszych a pierwszych prac należą prace Senatora, Maclagana, Bussa i Buchwalda.

S e n a t o r (*Centralblatt f. m. W*., 1876, Nr. 4) twierdzi w doniesieniu tymczasowém, że opierając się na doświadczeniach Rankego, Lehmanna, Laverana i Millona, które wykazały, że salicyn dostawszy się do obiegu krwi bezpośrednio lub przez żołądek zamienia się w znacznéj części na kwas salicylowy, używał salicynu jeszcze przed doniesieniem M a c l a g a n a. Przekonał się on, że salicyn w ilości 2.50—6gm. na raz podany obniża ciepłotę w chorobach gorączkowych równie pewnie jak kwas salicylowy, a nie ma

takich nieprzyjemnych działań ubocznych (drapania, dławienia) jak kwas salicylowy. W późniejszéj pracy (*Berl. klin. W.*, 1877, Nr. 14 i 15) Senator opisując swe dalsze doświadczenia na 70 przypadkach dokonane zmienia nieco powyższe zdanie. Radzi on podawać dawki większe (8—10gm.) jeżeli chodzi o wywołanie wybitnego skutku, osobliwie przeciwgorączkowego, a działanie lecznicze streszcza w następujących słowach: „W chorobach gorączkowych, jeżeli zależy na szybkiém i dosadném obniżeniu ciepłoty bardzo wygórowanéj, salicyn nie jest stosowny, za to nadaje się, jeżeli ciepłota została już obniżoną, lub od początku nie była bardzo wysoką, a to w tym celu, ażeby ciepłotę utrzymać stale w miernym lub małym stopniu. W takich razach ma salicyn to pierwszeństwo przed chininem i kwasem salicylowym, że może być używany czas dłuższy bez wywołania nieprzyjemnych skutków ubocznych, właściwych powyższym lekom (zaburzeń w zakresie trawienia, objawów nerwowych, zapadu sił i mocnych potów) i że działa powolniéj ale jak się zdaje trwaléj. Z tych samych powodów zaleca się do używania w ostrém reumatyczném zapaleniu stawów, a osobliwie do dłuższego podawania w chronicznych bolesnych zajęciach stawów. W zimnicy nie dorównywa co do działania chininowi, w nieżycie pęcherza i w moczówce cukrowéj jest zupełnie bezskuteczny".

Maclagan (*The Lancet*, Nr. 10 i 11 z 4 i 11 marca 1876) począł używać salicynu już od listopada 1874 w gośćcu stawowym ostrym i przewlekłym, wychodząc z dziwacznego zapatrywania, że gościec a zimnica są pokrewnemi chorobami i że jak drzewa chinowe udają się najlepiej w okolicach, gdzie najwięcéj panuje zimnic, tak też i produkt chemiczny z *Salix pentandra*, która rośnie w naszych okolicach wilgotnych i chłodnych, powinien być środkiem leczniczym przeciw gośćcowi. Podawał on w przypadkach ostrych téj choroby po 0.6—2gm., co 2—4 godzin i spostrzegł po 24, a najpóźniéj po 48 godzinach, skutek taki sam, jak to późniéj donoszono o kwasie salicylowym; mianowicie gorączka malała, a bóle w stawach się zmniejszały. W przypadkach przewlekłych działanie tego leku było mniéj wybitne. M. upatruje pierwszeństwo salicynu przed kwasem salicylowym w tém, że nie drażni przewodu pokarmowego i że ma smak wprawdzie gorzki, ale niebardzo nieprzyjemny.

A. Buchwald uczynił na posiedzeniu szlązkiego Towarzystwa oświaty w d. 28 kwietnia 1876 r. (*Berl. kl. W.*, 1876, 396) wzmiankę o kilku przypadkach chorób gorączkowych leczonych salicynem. Małe dawki dawały wyniki wątpliwe, do wybitnego obniżenia ciepłoty potrzeba było dawki 8—10 gm.; nawet dawkę 10—15gm. znosili chorzy dobrze. W późniejszéj swéj pracy: *Uiber Wirkung und therapeutischen Werth des Salicins.* Breslau, 1878, dochodzi Buchwald na podstawie mierzeń ciepłoty, dzień i noc co 2 godziny wykonywanych, do następujących wniosków: Salicyn, który na ciepłotę człowieka zdrowego prawie wcale nie wpływa, w dawkach jednorazowych 8—12gm. obniża znacznie ciepłotę ludzi gorączkujących. Jako środek przeciwzimniczy działa niepewnie. W gośćcu stawowym ostrym, w dawkach 12gm. na dobę, obniża ciepłotę ciała i działa korzystnie na samą sprawę chorobową, jednakże słabiéj niż kwas salicylowy, dla tego zdaniem B., najlepiéj podawać pierwszego dnia kwas salicylowy a potém przejść do salicynu; w przypadkach chronicznych zaleca się bardzo do używania z powodu, że chorzy znoszą go dobrze nawet przez czas dłuższy. W moczówce cukrowéj, w nieżycie pęcherza, jak niemniéj jako środek przeciwgnilny wcale nie skutkuje. Że salicyn działa tak samo pewnie jak kwas salicylowy nie można wątpić, trzeba go tylko podawać w dawkach o czwartą część większych, aniżeli kwas salicylowy.

C. E Buss w pierwszéj pracy: *Uiber Ersatzmittel der Salicylsäure bei innerlicher Anwendung* (*Berl. kl. Woch.*, 1876, Nr. 35 i 36) powtarzając doświadczenia Senatora, pomimo że używał dawek większych (8—10gm.) przychodzi do przekonania, że salicyn nie może zastąpić kwasu salicylowego, gdyż wpływ jego na ciepłotę gorączkową jest znacznie mniejszy, aniżeli salicylanu sodowego. Już ze stanowiska teoretycznego sądzi on, że tak być musi, gdyż salicyn rozpadając się we krwi oprócz kwasu salicylowego na kwas salicylawy i saligenin, nie może tak skutecznie działać jak kwas salicylowy, a nadto działając wolniéj nie może tak dosadnie obniżać ciepłoty. W następnéj pracy: *Uiber das Wesen und die Behandlung des Fiebers.* Stuttgart, 1878, str. 184, wyraża się Buss: „Stwierdziłem, że działanie przeciwgorączkowe salicynu nie jest w żadnym razie tak pewne, jak kwasu salicylowego. Może być używany czas dłuższy i ma charakter słabego przetworu salicylowego."

Oprócz tych prac pojawiło się bardzo wiele doniesień i opisów kazuistycznych, z których wymienimy pokrótce następujące: Korzystne działanie salicynu w zapaleniu ostrém stawów stwierdzili między innymi Brew, Shoffield (*Brit. med. Journ.*, 1876 June 3), Pollart, (*Brit. med. Journ.*, 1876, July 8); Ralfe (*Lancet*, 1876, II, 1 July), Green (*Lancet*, 1876, II, Nr. 20), S. Ringer (*Br. med. Journ.*, 1876, July 8 i *Med. Times and Gaz.*, 1877, Nr. 1385), Brown (*Boston med. Journ.*, 1877), F. Warner (*Ctrbl. f. m. Wiss.*, 1879, 703), Young (*Virch. Hirsch. Jahrb.*, 1880, II, 260); podczas gdy inni jak np. Foster (*Brit. med. Journ.*, 1876, Nr. 832), Beeby *Lancet*, 1877, I, Nr. 9), Jacob (*Lancet*, 1877, II, 1 July) działania tego nie spostrzegali, a W. D. Hogg (*De l'usage thérapeutique de l'acide salicylique ses composés et accessoirement de la salicine. Thèse.* Paris, 1877, str. 99) przyznaje lekowi temu tylko wyborne własności wzmacniające. W zimnicy doświadczał skuteczności tego leku W. Thomson (*Brit. med. Journ.*, 1877, Nr. 852) a w nowszych czasach Vecchi (*Virchow-Hirsch. Jahrb.*, 1880, II, 9, 10), w biegunkach Matison (*Philadelphia med. Reporter* Febr. 1) i Gubler.

Najgorliwszym orędownikiem salicynu był i jest dotąd Maclagan, który w licznych artykułach bądź to wychwalał jego własności, bądź polemizował z innymi autorami. Twierdzi on (*Brit. med. Journ.*, 1876, May 20), że salicynowi oddać należy pierwszeństwo przed kwasem salicylowym i salicylanem sodowym, daléj (*Lancet*, 1876, Nr. 18) że salicyn w dostatecznéj ilości używany usuwa tak pewnie zapalenie stawów, jak chinin zimnice, a nawet ma zapobiegać powikłaniu z zapaleniem osierdzia, (czemu jednakże przeczą prawie wszyscy późniejsi autorowie), że jest także dzielnym lekiem w nerwobólach (*Practitioner*, 1877, Nov. str. 321) i postrzałach (*lumbago*) usuwając przypady chorobowe nawet w tych przypadkach, gdzie chinin jest bezskuteczny. Uważa on kwas salicylowy i salicyn nie jako środki przeciwgorączkowe, tylko jako *antirheumatica*, które o tyle uśmierzają stan gorączkowy, o ile usuwają chorobę, która takowy wywołuje. Twierdzi on nadto, (*Lancet*, 1879, Juny 21), że tak kwas salicylowy jak i salicyn zamieniają się we krwi w jakąś istotę trzecią, bliżéj nam nieznaną i że przemiana salicynu w kwas salicylowy nie jest udowodnioną, przeciwko czemu

wystąpił stanowczo Senator. Działanie kwasu salicylowego ma być „deprymujące“, podczas gdy działanie salicynu szczniące i wzmacniające, dla tego daje bezwzględnie pierwszeństwo salicynowi i do używania go jak najbardziéj zachęca.

Mimo tych zachwalań nie mógł jednak salicyn utrzymać się w praktyce lekarskiéj; począwszy od drugiéj połowy 1878 r. liczba opisów korzystnego działania tego leku poczęła się niestosunkowo zmniejszać, a o ile mnie wiadomo i u nas mało który z lekarzy używa salicynu w praktyce prywatnéj.

To skłania mnie do rozpatrzenia się w notatach klinicznych i zestawienia wyników doświadczeń. jakie począwszy od r. 1876 z salicynem przedsiębrałem (głównie dla pouczenia siebie samego o działaniu tego leku).

Chcąc się przekonać o wpływie salicynu na ciepłotę gorączkową doświadczałem przedewszystkiém jego wpływu na ciepłotę ludzi zdrowych. Doświadczeniami temi zajęli się Dr. Glück, a póżniéj Dr. Smoleński, zachowując wszelkie ostrożności, jakich w takich razach przestrzegać należy. Sposób badania był taki sam, jak w doświadczeniach nad wpływem kwasu salicylowego i salicylanu sodowego na ciepłotę ludzi niegorączkujących, które przedsiębrał pod moim kierunkiem Dr. Gedl w roku 1876 (zob. *Medycyna*, 1876, Nr. 24 i nast., i *Centralblatt f. m. Wiss.*, 1876, str. 403). Wynik tych doświadczeń był jednak ujemny tak co do dawek. małych 2—4gm. (Glück), jakotéż dawek większych 10-gramowych, na raz podawanych (Smoleński), gdyż nie stwierdzono ani takiego obniżania się ciepłoty, jakie wykazał Gedl dla kwasu salicylowego, ani téż zmniejszania się fizyjologicznych dobowych wahań ciepłoty, jakie według Iuegensena sprawiać ma u człowieka zdrowego chinin. Z tego już można było wnosić, że salicyn będzie wywierać mniejszy wpływ na ciepłotę gorączkową, aniżeli chinin lub kwas salicylowy. Spostrzeżenia te są zgodne z wynikami doświadczeń przedsiębranych przez Buchwalda (l. c. str. 16) i Stuarta (*Edinb. med. Journ.*, 1877, str. 495). Za to spostrzegano nieraz znaczne obniżanie się ilości tętna, o jakiém także wspomina Buchwald. Działanie salicynu było zresztą o wiele łagodniejsze aniżeli kwasu salicylowego, gdyż przypady uboczne występowały o wiele rzadziéj. W doświadczeniach Gedla przeszło w jednéj czwartéj części osób do badania użytych zjawiały się po kwasie salicylowym (3—5gm. na raz) takie przypadłości, jak ogólne osłabienie, nudności, szum w uszach, poty, zawrót głowy, uczucie pieczenia w gardzieli i w żołądku itp., przy podawaniu zaś salicynu uważano tylko w jednym przypadku szum w uszach i ból głowy trwający pół godziny, w drugim zaś, u kobiety bardzo urażliwéj, po 10gm., szum w uszach, odbijanie i wymioty w 5 godzin po zażyciu leku. Szczegóły te zgadzają się z dawniejszemi doświadczeniami Scheffera (l. c. str. 31) i z nowszemi Gublera i Hogga (l. c.) i niedorównywają nawet jeszcze wynikom doświadczeń, jakie przedsiębrał na sobie samym w r. 1851 Ranke zażywając przez 3 dni bez żadnych przypadłości po 1 uncyi (35gm.) salicynu, dopiero 3go dnia wystąpiło u niego ćmienie przed oczyma i stałe dzwonienie w uszach.

Według Ringera i Buryego (*Virchow-Hirsch Jahresbericht,* 1877, I, 426), którzy badali działanie salicynu na zdrowych chłopcach, bardzo wielkie dawki wywoływały szczególną skłonność do zaczerwienienia się twarzy z nieznacznéj przyczyny, szum w uszach, upośledzenie słuchu i ból w czole. Po dawkach właściwie już trujących, ale jeszcze życiu niezagrażających ból w czole staje się bardzo dokuczliwy, równocześnie pojawia się drżenie, osłabienie mięśniowe, lekkie drgawki, wielka wrażliwość mięśniowa, mrowienie, przyśpieszenie i nieregularność ruchów oddechowych i znaczne przyśpieszenie tętna. Ponieważ jednak doświadczanie działania dawek trujących należy do toksykologii, a zadaniem kliniki jest badanie dawek leczniczych, przeto doświadczeń tych wcale nawet nie powtarzano.

Produkty rozkładowe salicynu pojawiały się w naszych doświadczeniach w moczu w 30—45 minut po zażyciu leku.

Doświadczenia nasze na chorych odnoszą się do działania przeciwgorączkowego salicynu w 18 przyp. chorób gorączkowych ostrych i w 15 przyp. suchot płucnych i do działania swoistego w zimnicy (4 przyp.) i zapaleniu idyjopatycznêm stawów (9 przyp.); jest to więc liczba bardzo nieznaczna. Jeżeli więc z tą liczbą doświadczeń występujemy to nie czynimy tego dla przedstawienia faktów nowych, lecz jedynie tylko dla ponownego zwrócenia uwagi na lek, zdaniem naszém, niesłusznie zaniedbywany.

Działanie przeciwgorączkowe w chorobach ostrych.

Zapalenie płuc i opłucnéj. (Przypadków 6). Skutek wątpliwy wystąpił w pierwszych 3 przyp., a dodatni w następnych 3 przyp., a mianowicie:

1) Teresa Polak, lat 20 licząca, z zapaleniem samodzielném płuca prawego powikłaném z zapaleniem opłucnéj *(Pleuropneumonia)* obok przewlekłego zakażenia zimniczego. Od 5go aż do końca 7go dnia choroby naciek zapalny od dolnego płatu rozszerzał się na całe prawe płuco; przebieg był ciężki, asteniczny, upadek sił znaczny. Ciepłota nie przebiegała zupełnie regularnie. Chinin w ilości 2gm. na dawkę również nie obniżył ciepłoty w tym stopniu, jak to zwykle czyni, a następnego dnia podany salicyn w ilości 5gm. pozostał także bez wybitnego skutku, co prawdopodobnie przypisać należy téj okoliczności, że obydwa leki zadawane były w czasie właśnie największego rozszerzania się sprawy zapalnéj w płucu.

Dzień choroby		4	5	6	7
godzina	7	39.[1])	39.6	39.2	39.8
	9	38.4	40.2 (chin.)	40 (sal.)	40.
	10	39.1	40.4	**39.8**	—
	12	40.6	**38.8**	40	40.2
	2	40.4	39.8	40.3	40.4
	4	40.3	39.8	40.5	40.8
	6	40.5	40	40.5	40.6
	8	40.2	—	40	40

Obniżenie ciepłoty po chininie wynosiło po trzech godzinach 0.4, po salicynie po dwóch godzinach 0.2°C.

2) U chorego Michała Marszyckiego, lat 29 liczącego, przyjętego w dniu 8 choroby z powodu *Pleuropneumonia asthenica in ind. emphysematico,* dawki 4gm. salicynu wywoływały stale co godzina po zażyciu obfite poty, obniżały jednakże przewlekającą się w tym przypadku poza zwykły okres gorączkę tylko bardzo nieznacznie (0.1—0.2°C). Dawki te również mało wpływały na ciepłotę podgorączkową, jaka następnie rozwinęła się skutkiem zapalenia gruczołu przyusznego i nie były w stanie zapobiedz wzniesieniom wieczornym.

---

[1]) Gdzie wyraźnie leku nie wymieniono, rozumieć należy, że w dniu tym nie podano żadnego leku przeciwgorączkowego.

3) U chorego Jana Ziemby, z ropnym naciekiem i ropniem skutkiem zapalenia płuca prawego, wśród przebiegu gorączki z rana zwalniającéj a pod wieczór podnoszącéj się i dochodzącéj do 40.2, podano w dniu 30/5 o godz. 11 zrana 4gm. salicynu. Dawka ta obniżyła wprawdzie bezpośrednio ciepłotę, ale nie zapobiegła wieczornéj eksacerbacyi: o godz. 8 ciepł. 38.8, o 12téj 38.7, o 3ciéj **38.3**, o 6téj 39.3, o 7éj 39.2. Nazajutrz zrana przy ciepłocie 39.1 użył chory 5gm. salicynu, w godzinę potém ciepłota 37.8, jednakże tego samego dnia rozwinęło się zapalenie otrzewny, wśród coraz bardziéj zwiększającego się upadku sił i obniżania się ciepłoty ciała, a chory po kilku dniach życie zakończył. Z tego powodu obserwacyja co do działania leku nie jest czystą.

Działanie wybitne przeciwgorączkowe stwierdzono w następujących przypadkach:

4) K. G., lat 37. *Pleuritis serosa idiopathica dextra majoris gradus.* W dniu choroby 15 ciepłota rano 38.4, tętno 88; wieczór 39.2, tętno 88.

W dniu choroby 16 rano 39—96, wieczór 39.3—108.

godz.	dz. chor. 17	dz. chor. 18	dz. chor. 19.
8	38.2—88	38 —80	38
10	38.4—80	38.5—84 (5gm. s.)	—
12	38.4—88	38.4—88	—
4	39. —84	38.2—72	—
6	39.2—88	**37.4**—72	—
8	—	37.6—78	38.5

Obniżenie ciepłoty po 8 godz. wynosiło 1.1°C.

5) Szczepański Ludwik, lat 27. *Pneumonia fibrinosa dextra sthenica, tumor lienis malaricus.* W 3cim dniu choroby ciepłota utrzymuje się stale między 40.2 a 40.6; w dniu 4tym naciek się rozszerza; w dniu 5tym pozostaje w równéj mierze. Tego dnia podano na raz 7gm. salicynu.

		dzień 4	dz. 5	dz. 6
godz.	7	38.4	38.6—104	39.4
	10	39.2	39.8—108 (7gm. s.)	39.4
	1	40	39.6— 96	39.6
	4	40.4	**39.2— 92**	40.2
	7	40.2	40.4—108	40
	10	40	40.2—120	39.5

Obniżenie ciepłoty wynosiło w 6 godzin po zadaniu leku 0.6; podczas gdy dnia poprzedniego ciepłota o tym czasie była o 1.2 wyższą. Pod wieczór jednak ciepłota podniosła się znów do niemal téj saméj wysokości, jak dniem przedtém.

6) G. K., lat 27. *Pleuritis exsud. sin.* 5gm. salicynu obniżyły ciepłotę o 0.6 i zapobiegły wieczornéj eksacerbacyi.

	dz. 17	dz. 18	dz. 19	dz. 20
r.	39	38.2	38 (5gm. s.)	38.1
w.	39.3	39	**37.4**	38.2

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Rumień wielopostaciowy Hebry.

Podał Dr. Adolf Goldhaber.

Siedmioletni F. B. wrócił ze szkoły zupełnie zdrów a po spożyciu zwykłego podwieczorku począł się żalić na gwałtowny ból w okolicy pępka. Wezwany kol. Weiss sądził, że ma do czynienia ze zwykłém morzyskiem, polecił 100·0 *Hydromel. infantum* a gdy w następnych dwóch dniach pomimo stolców boleści nie ustawały, a nadto inne objawy wystąpiły, których sobie nie mógł wytłumaczyć, wezwał mnie dnia 5go listopada wieczorem na naradę.

Z wywiadów wynika, że B. był dotąd zupełnie zdrów, chodził do szkoły, jadał dobrze. Dnia 3go listopada po powrocie ze szkoły doznał silnego dreszczu, a po nim wielkiego bólu koło pępka. Po użyciu lekarstwa przez kol. Weissa przepisanego miał kilka stolców, z których pierwsze były zwyczajne, lecz następne od 24 godzin zawierają krew szczerą. Dzisiaj powstały pośród bólów jednorazowe krwawe wymioty.

S t a n o b e c n y: Chłopiec wiekowi swemu odpowiednio zbudowany, miernie odżywiony, źrenice rozszerzone, policzki zaczerwienione, błony śluzowe blade, język nieco obłożony, na twarzy wyraz cierpienia. W małych odstępach czasu, mniéj więcéj co 5—8 minut, wydaje chory przeraźliwy okrzyk, zwija się w kłębek, tarza się po łóżku i woła z jękiem i płaczem, że go w brzuchu koło pępka boli. W parę minut uspokaja się, leży zmęczony; zapytany, podaje, że ten ból ani na chwilę nie ustaje w zupełności, tylko się zmniejsza. Tętno 120 na minutę. Ciepłota 38·7C. W klatce piersiowéj nie ma żadnego zboczenia, wątroba i śledziona niepowiększone a w podżebrzach nie ma żadnéj bolesności. Żołądek miernie wzdęty, ku dołowi nieco rozszerzony, jest mocno bolesny, a przy ucisku łagodnym powstaje ból wyżéj opisany. Brzuch miernie wzdęty, nad kiszką ślepą nieznaczne stłumienie i mała bolesność. Zresztą nigdzie nie ma zboczenia. Chory podaje, że mu się „wiatrem“ odbija; nie ma apetytu, w ustach nie ma złego smaku, natomiast małe pragnienie. Na skórze nie widać żadnéj zmiany. Mocz zawiera moczany i ślad białka.

Zebrawszy wyżéj opisane objawy w całość przekonałem się, że badany cierpi na niedokrewność (ślad białka w moczu, bladość błon śluzowych, mierne odżywienie) oraz niewątpliwie na kurcz żołądka. Gdyby innych objawów nie było, miałbym dla kurczu żołądkowego właśnie w téj niedokrewności dostateczne wytłumaczenie. Lecz cóż za znaczenie mają wymioty krwawe i krew w stolcu? Objawy te mogą powstać: *per diapedesin* w ostrém zapaleniu żołądka, lecz do rozpoznania tego cierpienia brak nam innych objawów; mianowicie z wywiadów wiemy, że chory nie spożył nic drażniącego, nie miał i nie ma nudności ani charakterystycznego odbijania; choroba rozpoczęła się od dreszczu, co w ostrym nieżycie żołądka nie bywa; jeśli zatém już na podstawie wywiadów zatrucie lub działanie ostréj jakiéjś istoty wykluczyć mogłem, to obecność krwi w stolcu wykluczała zwykły ostry nieżyt żołądka. Pozostało mi tylko przypuszczenie wrzodu żołądkowego. Młody wiek chorego nie zdawał się temu przeczyć, gdyż G o a d h a r t (*The Lancet*, maj 1881), opisuje wrzód przeszywający u noworodka. Natomiast nasuwało mi się pytanie, jak wrzód żołądka powstawać i wreszcie już przez krwotoki objawiać się może, nie zakłóciwszy poprzednio w niczém stanu ogólnego, a zwłaszcza trawienia. Ostatecznie, nie mogąc inaczéj wytłumaczyć tych objawów, sądziłem, że mi mylnie podano wywiady i rozpoznałem wrzód przeszywający żołądka, na co się kol. Weiss zgodził, zapisałem choremu mleczankę z wyciągiem ślazu i zaleciłem spokój i ścisłą dyjetę.

Dnia 6 listopada: Ciepłota 39·2 C., tętno 128, nikłe. Chory od północy spał, boleści bowiem od owéj pory się zmniejszyły. Nad ranem dwa stolce czystą krew zawierające. Żołądek mniéj wzdęty, brzuch zapadły, nigdzie nie ma stłumienia. N a s k ó r z e n a d o b y d w i e m a o d n o g a m i g ó r-

nemi po stronie zewnętrznéj i nad obydwoma krętarzami symetrycznie gęsto rozsiane guzki wielkości soczewicy, aż do wielkości ziarnka grochu, ciemno-fijołkowo zabarwione, ostro odgraniczone, mało co nad powierzchnię skóry wystające, nie ginące pod uciskiem palca. Na błonach śluzowych nie ma żadnéj zmiany. Chory nie żali się ani na ból ani na swędzenie.

Ponieważ podobną wysypkę guzkową kilka razy na tle kiłowém widziałem, przeto pilnie za tą chorobą śledziłem. Jednakże nigdzie nie było obrzęku gruczołów, na błonie śluzowéj nie było żadnéj zmiany. Musiałem więc kiłę stanowczo wykluczyć. Okoliczność, że chory przebył ospę, oraz że na ulubionéj siedzibie pierwszych wykwitów ospy, tj. na twarzy, nie było żadnych guzków, wykluczała ospę; doszedłem więc do przekonania, że obok głównego cierpienia, tj. wrzodu żołądkowego, który wywołał kurcz żołądkowy, krwotoki i niedokrewność występuje rumień wypocinowy wielopostaciowy (*Erythema multiforme exsudativum Hebrae*).

Dnia tego wymiotów nie było. Z powodu bardzo znacznéj niedokrewności zalecono choremu *Tinct. ferri acetici aetherea.*

Dnia 7 listopada: C. 37·8, t. 120. Skóra na całém ciele gęsto pokryta podobnemi guzkami jak ręce i nogi, nawet na prąciu i na mosznach licznie się usadowiły. Stolca i wymiotów nie było. Boleści w żołądku acz bardzo małe, zjawiają się jeszcze od czasu do czasu. Brzuch zapadnięty nie bolesny.

D. 8 listopada: Stan bezgorączkowy; niedokrewność znaczna. Guzki miejscami bledsze, przyskórek nad niemi łuszczy się nieco. Odbijanie, boleści ustały. Po silném nawet uciskaniu żołądka nie odzywa się już ból dawniejszy. Dwa wolne zupełnie prawidłowo zabarwione stolce bez domieszki krwi. Łaknienie silne. Zalecono strawną dyjetę i *Tinct. ferri acet. aetherea.*

Otąd stan chorego polepszał się z dnia na dzień, guzki blednąc pozostawiały po sobie żółtawo-brunatne plamki, przyskórek nad niemi złuszczył się całkiem, a po dalszych ośmiu dniach skóra powróciła do stanu prawidłowego, chory zaś, u którego jeszcze lekka puchlina odnóg dolnych się pojawiła, dnia 1 grudnia był zdrów w zupełności.

Gdzież się podział domniemany wrzód żołądkowy? Z pokorą muszę wyznać, że go wcale nie było. Krew w stolcu, wymiocinach, kurcz żołądkowy i gorączka były objawami należącemi do okresu zwiastunów rumienia. Że tak się rzecz miała, najlepszy dowód ten, że od chwili wystąpienia wysypki gorączka spadła, boleści ustały i krew się więcéj nie pokazała, przeciwnie gdyby u chorego był wrzód żołądkowy, to przecież żadną miarą w trzech dniach cały proces patologiczny nie mógłby się zakończyć. Na usprawiedliwienie mego błędu rozpoznawczego nadmienię, że żaden z autorów opisujących rumień wielopostaciowy nie wspomina nic o podobnych objawach [1]).

Ponieważ rumień wielopostaciowy nie tak często w praktyce się zdarza, przeto zachęcony rzadkością przypadków towarzyszących mojemu przypadkowi ośmieliłem się podać go do wiadomości kolegów. Literaturę do roku 1879 podaje Bernard, a z roku 1880 Auspitz (*System der Hautkrankheiten Wien*). — W Przeglądzie Lekarskim z r. 1877 jest mały referat Obtułowicza o pracy Uffelmana z *Deut. Archiv. für klinische Medizin* XVIII o rumieniu guzowatym. Zresztą nie spotkałem się nigdzie w przystępnéj literaturze z opisem téj choroby przez polskiego autora.

Rumień przezemnie i kol. Weissa spostrzegany różni się od rumienia zwykle przebiegającego tém, iż widzieliśmy: 1) prawdziwy okres zwiastunów z dreszczem i gorączką trwającą przez dni trzy, 2) w tym okresie zwiastunów widzimy wymioty krwawe, krew w stolcu i kurcz żołądkowy, 3) od chwili wystąpienia rumienia spada gorączka i wszystkie objawy powyższe ustępują. O podobnych objawach żaden autor nie wspomina, widać zatém, że obserwacyje téj choroby jeszcze nie są zakończone i ostateczne słowo co do niéj nie wyrzeczone. Zdanie Zeissla, że w skutek wstrzyknięcia morfinu choremu na ból nerwowy wystąpił rumień, zdaje mi się być mylne, gdyż w naszym przypadku był także ból nerwowy, a bez wstrzyknięcia morfinu wystąpiła wysypka. Zdaje się raczéj, że ten ból nerwowy tak w przypadku Zeissla jak w naszym był tylko zapowiedzią rumienia. Na podstawie naszego przypadku oraz zapatrywań innych autorów (Landois, Lewin, Rosanelli), przychodzę do przekonania, że rumień wypocinowy polega na silném zaburzeniu nerwowém, a zatém jest przedewszystkiém chorobą nerwową, a przez zadrażnienie nerwów naczyniowych powstają przez przesiąkanie krwotoki, oraz wybroczyny krwawe w skórze i tkance podskórnéj; z chwilą zaś, gdy proces przesiąkania krwi w skórę i tkankę podskórną się zakończył, przestaje być chorobą nerwową i mamy wówczas już tylko zmiany w skórze bez ogólnéj choroby. Podobnie jak np. dur wysypkowy jest tylko objawem choroby ogólnéj. Że rumień jest chorobą nerwową, świadczy także i okoliczność, że go podczas cholery widywano.

[1]) W jednym tylko przypadku przez Kaposiego spostrzeganym, powtarzały się peryjodycznie przez kilka miesięcy krwotoki nerkowe, poprzedzające wybuch rumienia wielopostaciowego.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Peters: **Die klimatischen Winterkurorte Central-Europas und Italiens.** Leipzig 1880.

Prof. Beneke: **Die sanitäre Bedeutung des verlängerten Aufenthaltes auf Norderney.** 1881.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Każda z wyż opisanych grup wymaga zdaniem autora zupełnie innego sposobu leczenia, zwłaszcza w początkach choroby. W ogóle mówiąc należy w przypadkach do pierwszéj grupy należących działać odwodząco, przemianę materyi przyspieszać, miejscową sprawę w płucach uśmierzać; należy tu dyjeta przeważnie roślinna, wody alkaliczne i muryjatyczne, łagodny klimat podalpejski itp. U suchotników drugiéj grupy leczenie powinno być pod każdym względem wzmacniające, a im dzielniéj pewien sposób leczenia zdoła wywrzeć działanie wzmacniające, na tém większą zasługuje uwagę i tém jest lepszy. Na pierwszém miejscu kładzie autor w tym względzie pobyt w powietrzu morza Północnego. Ma to być najdzielniejszy sposób leczenia ustrojowéj skłonności do suchot płucnych i całéj grupy t. zw. suchot zołzowych, podczas gdy dla suchot włókniakowych sposób ten jest bezwzględnie przeciwwskazany.

Wzmacniające działanie powietrza morza Północnego już *a priori* zdaje się być pożytecznem i racyjonalném, o ile u suchotników zołzowych, u których jeszcze przed rozwinięciem choroby znajdujemy często małe stosunkowo serce,

wązki stosunkowo układ tętniczy, stosunkowo wielkie płuca a krótki przewód pokarmowy, jednym z pierwszych objawów klinicznych rozwijającéj się choroby jest ogólny stan osłabienia, mała odporność względem wszelkich szkodliwości, niezdolność do pracy zwłaszcza cielesnéj, nędzne odżywienie ciała, często nawet pewien już właściwy stosunek poszczególnych części ciała do siebie *(habitus phthisicus)*. Czy ten stan ogólnego osłabienia polega na anatomicznych zmianach ustrojowych, lub téż na nieznanych zmianach w układzie nerwowym, następstwem których jest nieprawidłowe odżywienie, trudno rozstrzygnąć. Tyle pewna, że zniesienie owego ogólnego osłabienia jest pierwszym warunkiem do usunięcia grożącego niebezpieczeństwa. W tym celu żaden z czynników leczniczych nie jest tak dzielnym jak powietrze morza Północnego; działanie jego wzmacniające daleko jest korzystniejsze i silniejsze niż klimatu południowego, niż powietrza górskiego, niż pobytu w zakładach zamkniętych; najbliżéj niego co do dzielności w tym względzie postawić jedynie można przezornie stosowane zabiegi hydryjatryczne. Najważniejszém jest tu podniecenie czynności serca, polepszenie odżywienia i wzmocnienie mięśnia sercowego i mięśni oddechowych. Dotychczas mało wyzyskiwano w celach leczniczych u suchotników działanie powietrza morza Północnego; najwięcéj uczynili w tym względzie Anglicy w stacyjach południowego wybrzeża Anglii w Torquay, Bournemouth i Ventnor na Isle of Wight. Zwrócić ponownie uwagę świata lekarskiego na ten przedmiot, przekonać o pierwszorzędnéj użyteczności powietrza morza Północnego dla wielkiéj liczby suchotników jest zadaniem omawianéj broszury. Beneke już przed 32 laty przekonał się osobiście o leczniczéj wartości pobytu na wybrzeżach morza Północnego u chorych zołzowych a późniéj po kilkakroć zwracał na to uwagę lekarzy. Do niedawna jednakże polecał jedynie miesiące letnie i jesienne na pobyt dla chorych na Norderney; dopiero gdy zakłady w Görbersdorfie i Davos wykazały, że indywidua zołzowe i suchotnicze znoszą bardzo dobrze, a nawet z pożytkiem, znaczne stopnie zimna, przystąpił do prób i doświadczeń co do zimowego pobytu chorych piersiowych na powyższéj wyspie.

Dotychczasowe badania co do zdrowotnych i meteorologicznych stosunków na wyspie Norderney wykazały w streszczeniu co następuje. Śmiertelność ogólna w latach 1866—79 wynosiła 23·4 na tysiąc mieszkańców, między temi umarło na suchoty płucne 4.04% wszystkich zmarłych, czyli 8.69 na 10.000 żyjących. Częstość suchot płuc na Norderney równa się częstości téjże choroby na górach wyniosłych 1300—1499 metrów, przyczém nadmienić trzeba, że zajęcie mieszkańców wyspy (rybołostwo itp.) szczególnie ich do zapadania na chorobę tę skłaniać musi. Średnia ciepłota: w zimie + 1°R., na wiosnę 5.20, w lecie 12.59, w jesieni 7.75°R. Klimat morski przedstawia łagodniejsze zimy a chłodniejsze lata niż klimat stałego lądu. Ciśnienie powietrza wynosi średnio 756.50 milim., względna wilgotność powietrza 84.21. Znaczne ciśnienie powietrza a małe stosunkowo wahania ciepłoty sprawiają, że bezwzględna wilgotność powietrza jest bardzo jednostajną a dość wielką. Powietrze, wolne przez cały rok od wszelkich zanieczyszczeń, zawiera stosunkowo dużo ozonu. Kierunek wiatrów w jesieni i zimie przeważnie południowo-zachodni, mniéj często północno-zachodni.

Od czego zależy działanie „wzmacniające“ powietrze morza Północnego? Przypisywano je wilgotności powietrza, soli w niém się unoszącéj, ozonowi, jednostajnéj ciepłocie, czystości powietrza, silnéj grze światła na powierzchni morza, wspaniałości widoków na wybrzeżu morskiém itp. Według doświadczeń porównawczych Benekego działanie to zależy od wpływu ochładzającego powietrza na ustrój, czyli od siły prądów powietrza. Skutkiem szybkiéj utraty ciepła wzmaga się wewnętrzna praca ustroju a skutkiem wzmożonéj przemiany materyi odżywienie się poprawia, całe ciało się wzmacnia. Działanie powietrza morskiego jest więc to samo co i zabiegów hydryjatrycznych.

W drugiéj części broszury omawia autor stosunki miejscowego pożycia na wyspie Norderney, środki komunikacyjne, wykazuje konieczność licznych napraw co do odprowadzania ścieków i opadów meteorologicznych, dostarczenia wody do picia itp. Osobny ustęp obejmuje metodykę zastosowania powietrza wyspy Norderney do celów leczniczych, — o ile dotychczas metodyka taka istnieje.

Zaznajomienie się z treścią rozprawy Benekego nie powinno być bez korzyści, daje ona nam bowiem obraz odbywającego się zwolna przewrotu w pojęciach co do leczenia suchot płucnych. Przewrot ten rozpoczęła hydroterapija w wielu chorobach przewłocznych i ostrych; Goerbersdorf, Davos i Falkenstein wciągnęły w zakres leczenia hydryjatrycznego w klimacie zimnym różne postacie suchot płucnych, Kaczorowski w Poznaniu *(Die kalte Luft als Antipyreticum und Antisepticum. Deutsch. med. Wochensch.*, 1879, Nr. 2 i nast.) położył podwaliny pod racyjonalny sposób leczenia powietrznego chorób gorączkowych, — Beneke nareszcie stara się zwrócić dotychczasowy na południe zmierzający prąd suchotników ku wyspom morza Północnego. Przyszłość okaże, czego się po nowym tym przewrocie w terapii suchot płucnych spodziewać możemy. Bądźcobądź zdaje nam się być słusznem zdanie Rossbacha *(Die physikalischen Heilmethoden* 1881, I, str. 78) o leczeniu klimatycznem: „Nie klimat, lecz odpowiednie zachowanie się i odpowiednie leczenie w dobrym klimacie, jest rzeczą główną“. *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Roy: **Przeznaczenie śledziony.**

Wiadomości nasze fizyjologiczne o śledzionie pozostają w tyle, mimo wszelkich dotychczasowych badań, za znajomością przeznaczenia reszty narządów w ustroju ludzkim. A i ta mała cząstka wiedzy, którą o śledzionie posiadamy, nie jest tyle owocem doświadczeń umiejętnych, ile anatomicznych badań i spostrzeżeń patologicznych. Fizyjologija zaś śledziony jest równie niedostateczną jak niepewną. Na szczególną przeto uwagę zasługuje nowa metoda doświadczeń zastosowana w pracowni Browna przez Dra Roya, zwłaszcza że odsłania nam fakta wielkiéj doniosłości, których przedtém zaledwie się domyślano.

Dr. R. dostrzegł, że zmiany w objętości jakiegoś narządu w ciele zwierzęcém wskazują nam bardzo dokładne warunki, w których się znajdują naczynia krwionośne narządu, tudzież ilość krwi w nich zawartą. Zarazem podał sposób równie dokładny jak zmyślny badania obiegu krwi w trzewach brzusznych, i modyfikowania onego w miarę potrzeby doświadczenia. Trudność zastósowania metody badania tego rodzaju do trzew brzusznych pokonał za pomocą przyrządu do mierzenia objętości, zwanego onkometrem. O ile powyższa metoda obserwacyi jest dokładną,

okazały badania nerki, dotąd jeszcze nieogłoszone. Zmiany w objętości tego organu dostrzegane w doświadczeniu, eksperymentator przedstawił graficznie wraz z ilością moczu, wydzieloną równocześnie. Ilość zaś moczu oznaczył w ten sposób, że każdą jego kroplę, wypływającą z nerki, sygnalizował mechanizm magneto-elektryczny. Pokazało się tedy, że wszelkie, choćby nawet bardzo nieznaczne, przyspieszenie czynności wydzielania moczu szło zawsze i niezmiennie w parze z równoczesném powiększaniem się objętości nerki: okoliczność wskazująca na rozszerzenie się naczyń krwionośnych w nerce. Otóż ten sposób obserwacyi R. zastósował do badania krążenia krwi w śledzionie. Tu atoli spostrzegł, że obieg krwi różni się w zadziwiający sposób od obiegu krwi w innych narządach. Naprzykład objętość nerki w zwykłych warunkach nie okazuje zmian z wyjątkiem nieznacznych, zawisłych od tętna i oddechu. Przeciwnie objętość śledziony pozostaje niezmienioną tylko przez czas bardzo krótki. Narząd ten bowiem ciągle się kurczy i rozszerza i to według pewnego rytmu. Zjawisko powyższe spostrzeżono dotąd na wszystkich zwierzętach badanych: psie, kocie i króliku. Śledziona więc przedstawia nam zupełny i niezawisły skurcz i rozkurcz. Najwyższy punkt skurczu wykazywał zmniejszenie się śledziony o 18%, czyli niespełna o $^1/_5$, objętości, znalezionéj następnie po śmierci. Szybkość ruchów podlega zmianom lecz tylko w granicach ciasnych. Czas trwania każdego skurczu i rozkurczu może razem wynosić $^3/_4$ do 2 minut, rytm zaś zmienia się zazwyczaj stopniowo tak atoli, że w przeciągu pół godziny nie przedstawia jeszcze znacznych różnic. Zmiany objętości bywają wybitniejsze, co oczywiście zależy od siły włókien mięśnych, które skurcz sprawiają.

Obieg krwi w śledzionie przedstawia nam różnicę znaczną w porównaniu z obiegiem w innych narządach. Jest on tu do pewnego stopnia niezawisłym od wpływu ciśnienia ogólnego krwi. Rysunek onkometru przedstawia naprzykład w zastósowaniu do nerek lub innych trzew falowate krzywizny, odpowiednie tętnu i oddechowi. Ze śledziony zaś nie okazuje żadnych krzywizn tętna, a krzywizny oddechu tylko w razie sztucznéj respiracyi i sprawionéj nią bardzo znacznéj zmiany w ucisku. Podobnież gdy za pomocą ucisku zamkniemy na chwilę tętnicę główną, onkometr wskaże nagłe zmniejszenie się objętości nerki; śledziona zaś zmniejsza się daleko powolniéj, a jeśli podtenczas jest w rozkurczu, wtedy jedynym objawem jest jego wstrzymanie. Ta względna niezawisłość śledziony od ogólnego krążenia wskazuje, że obieg krwi w śledzionie odbywać się musi w znacznéj części, jeśli nie wyłącznie, za pomocą rytmicznego skurczu gładkich włókien mięśniowych, znajdujących się w torebce i belkach.—Wpływ nerwów na skurcz śledziony objawia się rozmaicie. Najszybciéj działa bezpośrednie zadrażnienie ogniska naczynio-ruchowego w rdzeniu, wywołane chwilową asfiksyją. Szybkość sprawionego w ten sposób skurczu, porównana z opieszałém zmniejszeniem się objętości śledziony w skutek zamknięcia chwilowego tętnicy głównéj, wskazuje, że skurcz ten wytworzonym został za pomocą włókien mięśniowych śledziony a nie naczyń krwionośnych. Podobny skutek następuje po bezpośredniém zadrażnieniu rdzenia przedłużonego prądem elektrycznym, albo téż w drodze odruchowéj po zadrażnieniu nerwu czucia obwodowego lub dośrodkowego końca przeciętego nerwu błędnego. Jeśli atoli śledziona była podówczas w stanie skurczu, wtedy następuje skurcz przedłużony i wstrzymanie na pewien czas właściwych ruchów rytmicznych. Takowe rozpoczynają się dopiero wtedy, gdy śledziona powróci do pierwotnéj swéj objętości. Drażnienie każdego z obu nerwów trzewowych *(nn. splanchnici)* sprawia natychmiastowy skurcz śledziony. Przecięcie zaś tych nerwów nie sprowadza rozszerzenia narządu, o którym mowa. Drażnienie końca obwodowego nerwu płucno-żołądkowego *(n. pneumo-gastricus)* ma również podobny skutek. Jeśli jednak przetniemy tak oba nerwy trzewowe jak płucno-żołądkowe, wtedy zadrażnienie nerwu czucia sprawia taki sam skutek. Musi więc istnieć jeszcze piąta droga, dotąd nam nieznana, za pomocą któréj śledziona stoi w związku z centralnym systemem nerwowym. Przecięcie tak nerwu błędnego jak i obydwu brzusznych nie zakłóca wcale porządku w skurczach rytmicznych śledziony. Oczywistém jest więc, że ruchy te podtrzymuje i reguluje jakiś nerwowy przyrząd, zawarty w saméj śledzionie.

Zbyteczném jest uwydatniać doniosłość powyższych doswiadczeń. Wskazują one, że śledziona spełnia czynność, którą dotychczasowe mniemanie przypisywało wyłącznie sercu. Śledziona okazuje się w pewnym względzie oddzielném sercem. Jednakowoż trudno przypuścić, aby jedyném jéj zadaniem było regulowanie krążenia w własném wnętrzu. Krew ze śledziony wlewa się do żyły bramnéj. Od siły, z jaką ją śledziona wypycha, musi zależeć chyżość obiegu krwi w wątrobie. **Śledziona przedstawia się więc poniekąd jako serce dla wątroby**, pomagające w pewnym stopniu, choćby niewielkim lecz stanowczym, do przezwyciężenia trudności krążenia w naczyniach drobniejszych tego narządu, zanim się krew dostanie do ogólnego obiegu. *(The Lancet* II Febr. 1882). *Dr. Głowacki.*

Dr. J. Szpilman: **Spostrzeżenia dotyczące działania atropinu.**

Postrzeżenia różnych badaczów wykazały dziwne zjawisko, że niektóre alkaloidy (atropin, pilokarpin, fizostygmin, nikotyn) działają bardzo wybitnie na tęczówki ssaków, płazów i ryb, żadnego natomiast nie wywierają wpływu na tęczówki ptaków i gadów. Pozorne to przeciwieństwo w działaniu tych samych przetworów na jeden i ten sam narząd różnych zwierząt starano się tłumaczyć przypuszczając, że jedynie w różnéj budowie tęczówek należy szukać klucza do rozwiązania téj zagadki. Najbliższą myślą było tu pytanie: czy może mięśnie gładkie nie zachowują się w tym względzie odmiennie od mięśni prążkowanych. W celu rozstrzygnięcia téj kwestyi i uzasadnienia naukowego powyższego przypuszczenia wykonał Dr. Szpilman, w pracowni fizyjologicznéj szkoły weterynaryjnéj berneńskiéj, liczne badania nad wpływem atropinu na zachowanie się przełyku żab (mięśnie gładkie), królików (prążkowane), gołębi i kotów (mięśnie mięszane). Doświadczenia te, dokonane z wielką ścisłością naukową, doprowadziły autora do następujących wniosków:

Atropin nie działa na mięśnie prążkowane z wyjątkiem mięśnia sercowego.

W małych dawkach obniża pobudliwość włókien gładkich, w wielkich poraża, — jest zatém niejako kurarą dla tego rodzaju mięśni.

Zanim atropin porazi samą istotę włókien gładkich, działa najpierw porażająco na ostateczne końcówki nerwów doprowadzających, a prawdopodobniéj na domniemalne śródzwoiki nerwowe.

Atropin nigdy nie wpływa drażniąco na powyższe tkaniny i nigdy nie zwiększa ich pobudliwości. (Osobne odbicie z *Gaz. Lek.* 1881). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Dr. Herzog: **Równoczesny przebieg odry i płonicy.**

Równoczesny przebieg dwóch ostrych chorób osutkowych u tego samego osobnika nie należy do przypadków częstych, choć jest od dawna lekarzom znany. Nie dawno Dr. Chrostowski opisał (*Gazeta Lek.* 1881 Nr. 53) przypadek równocześnie przebiegającéj ospy i płonicy; podobny przebieg odry i płonicy podaje obecnie Dr Herzog. Dotyczył on 8-letniego chłopca, u którego wśród rozwijających się przypadów nieżytu spojówkowego i oskrzelowego, zaczerwienienia błony śluzowéj gardła itd. wystąpiły na twarzy, czole, szyi i piersiach, mniéj na plecach i dolnéj części tułowia, bardzo liczne, drobne czerwone guzki i żółtawo-czerwone plamki, bledniejące pod uciskiem palca. Przytém lekki kaszel, kichanie, swędzenie skóry, śluzotok z nosa. Ciepł. 37.5—38·5° C. Na czwarty dzień ciepłota opadła do 37°, osutka twarzy, szyi i karku zaczęła blednąć, wieczorem zaś tego samego dnia wystąpiła silna gorączka (40°), bóle gardła, obrzmienie migdałów i śledziony. Następnego dnia obok osutki odrowéj pokazało się na dolnéj części brzucha, w pachwinach, na mosznach i górnych częściach ud drobnokropkowane różycowe zaczerwienienie skóry. Objawy zapalne ze strony gardła i spojówek wzmogły się, śledziona jeszcze bardziéj powiększona, nieżyt zaś oskrzelowy znikł zupełnie. Silne pragnienie i utrudnione połykanie. W następnych dniach osutka odrowa coraz więcéj bladła, osutka zaś płonicowa rozszerzyła się także na odnogi górne a na brzuchu, mosznach i udach okazywała gęste pęcherzyki wielkości główki, szpilki a nawet soczewicy, z treścią mętną, ropiastą. To samo uważano także na łukach podniebiennych, języczku i migdałkach. Następnie skóra twarzy szyi i piersi zaczyna się w drobnych blaszkach łuszczyć, pęcherzyki na dolnéj połowie tułowia zasychają i znikają, a występują natomiast nowe na odnogach górnych, a po części i na plecach. Odtąd skóra łuszczy się coraz więcéj, migdałki jeszcze silne obrzmiałe, na prawym powierzchowny wrzodzik wielkości grochu. Zwolna zapalenie gardła ustąpiło, chory wyzdrowiał.

O istnieniu płonicy nie można wątpić; wystąpiła ona równocześnie z nagłém podniesieniem ciepłoty 4go dnia choroby. Za odrą zaś przemawiają przypady nieżytowe oskrzeli i spojówek, osutka guzkowa i otrębiaste łuszczenie. *(Berlin. klin. Woch.* 1882 Nr. 7). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

L. Martineau: **O leczeniu kiły podskórnemi wstrzykiwaniami peptonu amoniako-rtęciowego.**

Z wielkiém powodzeniem leczył autor tym przetworem 172 chorych. Dawka dzienna wynosiła od 2—10 miligrm. rtęci, używał zaś następnego rozczynu:

Rp. Pepton. pulver. 9.00
Ammon. chlor. 9.00
Hydrargr. bichl. corr. 6.00
solve in
Glycerini puri 72.00
Aq. destillat. 24.00
dein filtra.

Rozpuściwszy 5.00 téj mięszaniny w 25.00 przekroplonéj wody otrzymamy na jednę wstrzykawkę Pravatza, zawierającą 1.20 grm. płynu, 10 mlgrm. sublimatu. Płyn ten nie ulega zepsuciu, a chociaż po dłuższém staniu utworzy się zmętnienie, to znika po zamąceniu, nie zmieniając zupełnie działania leku.

Ze znacznéj liczby historyj chorób zestawił autor następne wyniki:

1) Rozczyn peptonu amonijako-rtęciowego *(peptone mercurique ammonique)* wstrzyknięty w tkankę podskórną nie sprawia ani bólu ani zapalenia.

2) Ślinotok nie powstaje nawet po dłuższém używaniu, chyba że już przed tém było nieżytowe zapalenie bł. śluzowéj jamy ust.

3) Wstrzykiwania te nie sprawiają nigdy zaburzeń w trawieniu, nie przeszkadzają również równoczesnemu użyciu innych leków potrzebnych do łagodzenia powikłań.

4) Wstrzykiwania górują nad innemi metodami leczenia kiły pewnością i szybkością skutku. Za przykład podaje autor ciężarną, która wyleczona tym sposobem z kiły, porodziła zdrowe dziecko, nieokazujące nawet po kilku miesiącach żadnych śladów kiły dziedzicznéj. Wstrzykiwania są skuteczne w każdym okresie kiły.

5) Dowodem, że pepton rtęciowy wessanym został, jest jego obecność w moczu.

Autor używał jeszcze tego leku w następnéj formie:

Rp. Pepton. merc. ammmon. 1.00
Aq. destill. 200.00
Glycerin. 500.00
S. Dziennie 1—2 łyżeczek.

Jedna łyżeczka zawiera 0.005 sublimatu. Smak tego leku przyjemny, działanie również pewne. Wstrzykiwania podskórne jednak zasługują, zdaniem autora, na pierwszeństwo. *(L'Union med.* Nr. 145—171). *Dr. Murdzieński.*

Dr. Förster: **O użyciu łaźni ruskiéj w zacieśnieniu dróg oddechowych skutkiem dławcą i błonicy.**

Pomyślne skutki wziewań pary wodnéj, skłoniły autora do zastosowania tego środka leczniczego w większym rozmiarze. Zachęcony pierwotnie kilku pomyślnemi skutkami łaźni ruskiéj w praktyce prywatnéj, urządził autor następnie w szpitalu dla dzieci w Dreźnie obok sali dla chorych na błonicę łaźnię parową. W domu prywatnym można również taką łaźnię urządzić, zasłaniając część pokoju dokładnie i szczelnie kocami, tak, aby tylko z jednéj strony był wolny przystęp. W ogrodzonéj tym sposobem przestrzeni siada ktoś z dzieckiem, następnie w ustawionéM przy wejściu wiadrze zanurza się rozpalone żelaza. Ciepłota podnosi się do wysokiego stopnia, tak że lekarz powinien być przynajmniéj po raz pierwszy obecny.

Na 179 chorych dzieci na błonicę zmarło w szpitalu drezdeńskim 93 czyli 51%, tłumaczy to jednak autor bardzo słusznie tém, że do szpitala przybywają zazwyczaj dogorywające dzieci, jedynie w wykonaniu operacyi ratunku szukając, którą też w 72 przypadkach wykonać musiano

Łaźnie ruskie stosowano 129 razy w 43 różnych przypadkach, z początku po godzinie trwania, następnie po pół godziny; cieplota wynosiła od 30—38°R.

Używano łaźni w przypadkach znacznéj duszności, w zupełnym prawie bezgłosie. Zazwyczaj można było widzieć wypocinę w przełyku, a chorobie najczęściéj towarzyszył białkomocz. Wprawdzie zaledwie parę przypadków skończyło się wyzdrowieniem, przyczyną tego jednak było dłuższe trwanie choroby, tak że po większéj części musiano wykonać natychmiast rozcięcie tchawicy, zanim o łaźni pomyśleć było można. Po wykonaniu rozcięcia tchawicy, gdy się objawy zacieśnienia dróg oddechowych wzmogły, użycie łaźni

bywało prawie zawsze bezskuteczne (1 skutek pomyślny na 13).

Najstosowniejszą porą użycia łaźni ruskiéj jest sam początek zacieśnienia dróg oddechowych. Przeciwwskazanie stanowią: znaczne osłabienie, liche tętno, wysoka ciepłota ciała. Ciepłota bowiem podnosi się zazwyczaj w łaźni o ½ a nawet do 2 stopni, jakkolwiek niebawem, po godzinie, do pierwotnego stanu powraca. Innych niekorzystnych przypadów nie bywa, wydarzyły się wprawdzie raz drgawki, te jednak czasami chorobie saméj towarzyszą. Tu i owdzie zwiększyła się duszność, lecz również przemijająca. W większéj ilości przypadków można było już w saméj łaźni spostrzedz znaczną ulgę, oddech stawał się swobodniejszy, odrywanie się błon i wykrztuszanie łatwiejsze. W pomyślnym toku leczenia używały dzieci od 2—31 łaźni parowych, dzienna liczba dochodziła zazwyczaj do 4ch.

Jakkolwiek autor przyznaje, że skąpe to jeszcze wyniki pomyślnego leczenia używanym przez niego sposobem, uwzględnić jednak trzeba, że stosując łaźnię zaraz w początku choroby, można będzie lepszy procent osiągnąć, tém mniéj zaś tym wątłym wynikiem zrażać się nie można, o ile że groźne te choroby urągają dotychczas najdzielniejszym specyfikom. W końcu przytacza autor kilka historyj chorób z ciężkiemi przypadami, które jedynie tylko łaźnią parową leczone, pomyślnym skutkiem uwieńczone zostały. *(Jahrb. d. Kinderhlknd.* XVIII B. 1 H). *Dr. Murdzieński.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Bromek potasu skutecznie działa w leczeniu padaczki**, jak to przed kilku laty wykazały sprawozdania Legranda du Saulle i Voisina, którzy spostrzegali na 369 chorych 207 przypadków wyleczenia lub polepszenia. Dr. Ferrand podaje nowych 89 spostrzeżeń Legranda du Saulle; dla wyjaśnienia wpływu bromku potasu porównywano stan chorego w roku, który poprzedził używanie tego leku, z rokiem, w którym chory odbył kuracyję bromową; u 12 chorych (13%) napady padaczki ustały, u 51 (57%) nastąpiło wybitne polepszenie, u 10 (12%) nie zauważano polepszenia lub nastąpiło pogorzenie. Ferrand zaleca nie przekroczyć dawki dziennie 5—6,0 u kobiet i 6—8,0 u mężczyzn. Po roku leczenia bromkiem potasu środek ten autor poleca stósować w następujący sposób: w ciągu pierwszych trzech miesięcy podaje się go tylko 6 dni w tygodniu, następnie pięć dni itd., tak że w końcu drugiego roku chory zażywa bromek potasu tylko trzy razy na tydzień. Na osutkę bromową skutecznie działają przetwory arsenu, przeciw osłabieniu pamięci Ferrand poleca kawę. *(Neurolog. Centralbl.* styczeń 1882 r).

△ **Połowiczy ból głowy** *(Migrena, Hermicrania)*, na który osobliwie kobiety często cierpią, wedle spostrzeżeń prof. Heckera w Monachijum ma swą przyczynę w ostrém zatruciu ustroju gazami własnych kiszek (kw. siarkowodowy). Osoby skłonne do takiego bólu powinny, zwłaszcza wieczór, starannie unikać potraw wzdymających (np. świeżego chleba czarnego, jaj na twardo, ziemniaków, młodego piwa itd., a w takim razie rzadziéj doznawać będą połowiczego bólu głowy. *(Gesundheit* 1882, Nr. 1).

IV. Teoryje zjawisk hypnotycznych i magnetycznych.

Wykład streszczony Doc. Dra Ochorowicza miany we Lwowie na posiedz. Tow. Lek. Gal. z d. 28go stycznia 1882.

Teoryje, dotychczas ogłoszone, dają się ugrupować w dwie główne kategoryje: psychologicznych i fizycznych. Pierwsze poprzestają na czynnikach natury podmiotowéj, ostatnie przypuszczają udział sił natury. W każdéj z tych grup można nadto rozróżnić dwie inne, i tym sposobem ogół teoryj rozpada się na 4 kategoryje. Do 1széj należą te, które wszystko tłumaczą za pomocą wyobraźni, nadając jéj różne formy w skupieniu uwagi, w naśladownictwie, oczekiwaniu czegoś niezwykłego itp. Z nowszych autorów należą tutaj Moebius, Berger i kilku innych. Prelegent niezmiernie wysoko ocenia potęgę wyobraźni, dzieląc ją na świadomą i bezwiedną, a zwłaszcza w téj ostatniéj widzi czynnik zdolny wpływać na funkcyje i procesy nawet od woli całkiem niezależne; ale mimo to sądzi, że fakta działania bez wiedzy osoby, poddanéj doświadczeniu, we śnie prawdziwym, na zwierzętach itp. dowodzą niedostateczności téj teoryi, zarówno jak i zgodność wyników, otrzymywanych w różnych krajach na osobach, które nigdy o hypnotyzmie nie słyszały.

Druga grupa teoryj przypuszcza obok wyobraźni działanie podrażnień zmysłowych, wzroku, słuchu lub dotyku ale odrzuca działanie sił fizycznych, elektryczności lub magnetyzmu. Tu należą z nowszych Haidenhein, Bäumer, Preyer i inni. Prelegent wykazuje ich zasługi, ale twierdzi, że teoryja ta zupełnie prześlepia różnicę pomiędzy zwykłą hypnozą a snem magnetycznym, i tego ostatniego wcale nietłumaczy, zarówno jak i działania magnesu, które miało mieć miejsce bez dotykania i bez wiedzy osoby doświadczanéj. Wspominając o uwagach Dra Grodeckiego, (p. Przegląd Nr. 1 z r. 1882), który powątpiewa o odrębności snu magnetycznego, prelegent twierdzi, że należy tylko rozszerzyć liczbę doświadczeń, a niewątpliwie znajdą się przypadki czystego snu magnetycznego, w którym uśpiony słyszy tylko magnetyzera i tylko przez niego może być obudzonym. W tych przypadkach stwierdza się także działanie ręki z odległości, które nie zawsze do bodźców dotykowych (ruchy powietrza) daje się sprowadzić.

Trzecia grupa teoryj uwzględnia oprócz powyższych przyczyn działanie sił fizycznych znanych: ciepła zwierzęcego (Puységur), elektryczności statycznéj (Weinhold), prądów galwanicznych (Richet) i magnetyzmu (Maggiorani). Ten udział nie ulega wątpliwości, i prelegent opisuje tu swoje poszukiwania, które dowodzą, że ciało ludzkie jest stale elektryczném ujemnie, w stopniu większym lub mniejszym, że w cierpieniach nerwowych napięcia miejscowe zmieniają się, i że mogą być doprowadzone do prawidłowéj równowagi działaniem ręki tak samo jak działaniem magnesu, słabych, ale koniecznie słabych, prądów indukcyjnych lub stałych, metaloskopii, fotoskopii itp. Pocieraniem ręki można elektryzować ujemnie ciała martwe, i wtedy np. karta papieru będzie przez rękę odpychaną, a nawet przy odpowiednich warunkach może być wprawioną w ruch obrotowy. Osoby sensytywne w wyższym stopniu czują, gdy magnetyzer dotyka sznura, pręta lub rzemienia, trzymanego przez nie w ręku. Podobnież wiele innych faktów stwierdza rzeczywiste działanie jakiegoś czynnika fizycznego. Zachodzi tylko pytanie, czy jest nim którakolwiek z sił znanych, lub też nowa i dotychczas nieznana?

Czwarta grupa teoryj opiera się na tém ostatniém przypuszczeniu. Tu należą teoryje płynu magnetycznego, wznowione przez Mesmera i jego następców, teoryja odu Reichenbacha i teoryja siły nerwowéj Baretyego. Co do pierwszéj, prelegent uważa ją za nieodpo-

wiednią dzisiejszym pojęciom naukowym. Co do drugiéj, próbne jego doświadczenia nie wydały dotychczas pozytywnych rezultatów. Co do trzeciéj potwierdza niektóre dane, powątpiewa o innych. W ogóle sądzi, że, jeżeli dotychczas nie zgodzono się w nauce na jedną zasadę, to dla tego, że mięszano różne zjawiska, wynikające z różnych przyczyn i ktorych tém samém jedna zasada objaśniać nie może. Prelegent rozróżnia: 1) Katapleksyję ogólną lub częściową (zjawiska, wywołane rodzajem przestrachu), 2) Ideoplastyję (zjawiska, wywołane samém wyobrażeniem skutków mających nastąpić,) 3) Hypnotyzm (odurzenie senne, wywołane przez zmęczenie zmysłu i nieruchomość ciała obok wytężenia uwagi); wreszcie 4) Magnetyzm (polegający na fizyczném działaniu jednego ciała na drugie). W tym ostatnim prelegent nie przypuszcza żadnéj nowéj siły, ale motywuje zdanie, iż elektryczność zwierzęca w minimalnych napięciach okazuje nowe, dotychczas w nauce nieznane, własności, które nawet mogą przybierać odcień indywidualny. Odmiany téj siły minimalnéj występują przy zbliżeniu ręki, magnesu, metali, przyrządów indukcyjnych, światła, ciepła a nawet dźwięku, i zdolne są o wiele skuteczniéj przywracać naruszoną równowagę nerwową, niż stosunkowo silne środki, dotychczas używane.

Listy z Paryża.

III.

(„L'Hôtel-Dieu." — Szpital da la Pitié. — Jego oddziały. — Wziewania kwasorodu.

Szpital „L'Hôtel-Dieu" jest jednym z najnowszych szpitali paryzkich, oddanym bowiem został na użytek publiczny w r. 1877. Dawny szpital tego nazwiska znajdował się na lewym brzegu Sekwany, gdzie jeszcze dziś pewną jego część, w któréj obecnie pralnie pomieszczono, widzieć można. Był to najstarszy ze wszystkich szpitali paryzkich, miał być bowiem założonym jeszcze w r. 660 przez biskupa paryzkiego Landry i zwanym był wówczas szpitalem św. Chrystofora, jak dowodzą akta z tych czasów. „Domem bożym" (l'Hôtel Dieu) nazwał go po raz pierwszy Ludwik VII, w r. 1157 składając na jego utrzymanie i rozszerzenie nowe fundusze. Odtąd szpital ten rozszerzano coraz to więcéj przybudowując nowe, lub przyłączając sąsiednie stare budynki. Naturalnym skutkiem tego było, że szpital ten nie mógł odpowiadać swemu zadaniu. To też kiedy liczba szpitali w ogóle się podniosła i ustała obawa przeludnienia ich w razie zamknięcia tego dawnego i nieodpowiedniego lecz obszernego budynku, przystąpiono zaraz do wybudowania na wyspie Sekwany nowego szpitala, który celowi swemu o wiele lepiéj odpowiada, jakkolwiek jest mniejszy od dawnego.

Nowa ta budowa wraz z urządzeniem wewnętrzném kosztowała czterdzieści milijonów franków. Jak już w jednym z poprzednich listów nadmieniłem, rozkład główny tego szpitala ma wielkie podobieństwo ze szpitalem Lariboisière, opisanym poprzednio; ponieważ jednak wybudowanym został przeszło dwadzieścia lat później, przeto zaprowadzono tu już i w planie głównym i w szczegółach pewne, choć nie zbyt znaczne, ulepszenia, z których najważniejszém jest, że liczba chorych na każdéj sali jest mniejszą, bo nie przechodzi trzydziestu; za to powiększono liczbę sal chorych umieszczając je nie tylko w pawilonach, lecz także i w skrzydłach łączących pojedyncze pawilony między sobą.

Zakład ten pod każdym względem wzorowo urządzony ma dla uczniów medycyny ogromne znaczenie: znaczna ilość sal wykładowych, amfiteatrów, sal operacyjnych, pracowni kliniczno-chemicznych, histologicznych, daléj bogato uposażone gabinety i zbiory, ułatwiają znacznie studyja dając sposobność widzenia wszystkiego i z blizka. Co więcéj: oddział wewnętrzny zastępcy profesora (agrégé) p. Hérarda poświęcony jest prawie wyłącznie na naukę perkusyi i auskultacyi. Tu wreszcie umieszczoną jest klinika chorób ocznych prof. Panas, jedyna klinika okulistyczna Wydziału lekarskiego paryzkiego. Procz tego pomieszczone tu są: klinika chirurgiczna prof. Richeta, klinika chorób wewnętrznych prof. G. Sée, daléj oddział chirurgiczny p. Cusco i oddziały chorób wewn. pp. Culmont, Frémy, Moutard-Martin i Empis.

Bywając przez trzy tygodnie głównie w klinice prof. Sée, a po części i na innych oddziałach, nie miałem sposobności widzenia tu czegoś więcéj zajmującego, coby i dla czytelnika mogło budzić pewne zajęcie. Oglądnąwszy więc tutejsze pracownie i zbiory zaniechałem dalszego tu bywania.

Hôpital de la Pitié, w którym teraz z kolei bywać zacząłem, leży tuż obok słynnego Jardin des plantes. Wybudowany częściowo jeszcze w r. 1612 i następnie rozszerzony i ulepszony stopniowo nie zasługuje on jako budynek szpitalny ani pod względem rozkładu ani pod względem urządzenia wewnętrznego na opis więcéj szczegółowy. Natomiast kierowników pojedyńczych oddziałów nie można pominąć milczeniem, zwłaszcza że niektórzy z nich zaliczani być słusznie muszą do tutejszych znakomitości.

Klinika chirurgiczna tego szpitala prowadzoną jest bardzo dobrze przez prof. Verneuila. Jest to jeden z najzręczniejszych i najzdolniejszych chirurgów tutejszych, a zarazem jeden z najlepszych profesorów chirurgii, zalety, które stosunkowo rzadko równocześnie u jednego człowieka znaleść można. Zamiłowany w swym fachu pojmuje go jednak poważnie, operuje ręką pewną, szybko i zręcznie a zawsze według powziętego planu; każde cięcie, każden szczegół operacyi, uzasadnia i tłumaczy uczniom jasno a zwięźle. Wykład jego prawie nigdy nie jest czysto teoretycznym, zawsze dotyczy przedstawionego równocześnie chorego, lecz z drugiéj strony nie ogranicza się li tylko do tego przypadku, ale podaje równocześnie dotyczące zboczenia i odmiany. Dodajmy do tego zalety jego osobiste, tj. uprzedzającą grzeczność, żartobliwość i wesołość prawie nieustającą, a pojmiemy, czemu jego sale wykładowe i kliniczne zapełnione są prawie zawsze uczniami i przybyszami z obczyzny.

Klinika chorób wewnętrznych prof. Lasègue nie dała mi dotąd sposobności do uczynienia uwag podobnych; wykład jego ciężki a czczy, właściwe niektórym lekarzom zatrzymywanie się z upodobaniem przy każdéj Coprostasis i aż nadto wyczerpujące tłumaczenie i przyczyn i skutków,— ot i prawie wszystko, zresztą nie wiele więcéj. Musiał to być jednak w swoim czasie człowiek i zdolny i pracowity, gdyż nazwisko jego spotyka się stosunkowo dość często w literaturze lekarskiéj francuzkiéj.

Oddział chorób wewnętrznych prof. Petera, do którego dołączoną jest jedna sala jako oddział położniczy tego szpitalu, jest stosunkowo mało uczęszczanym przez uczniów. Przyczyną tego jest zapewne ta okoliczność, że prof. Peter nie miewa przy łóżku chorego obszerniejszych wykładów objaśniających dany przypadek; dopiero w letniém półroczu

wykłada on medycynę wewnętrzną li teoretycznie. Za to dla lekarza, który tego obszernego wykładu nie potrzebuje, który z zasadami nauki dostatecznie jest obznajomiony, dla tego, mówię, dość cennemi są te krótkie, prawie lapidarne zdania, jakie prof. Peter od czasu do czasu przy łóżku chorego wypowiada.

Na tym oddziale miałem sposobność robienia spostrzeżeń nad zastosowaniem wziewań kwasorodu. Prof. Peter zaleca je w ogóle w tych przypadkach, gdzie przemiana pierwiastków odbywa się zbyt wolno, lub gdzie objawy chorobowe każą się domyślać zmienionego składu krwi; wreszcie w przypadkach silnych i uporczywych wymiotów z jakiéjkolwiekby one pochodziły przyczyny. Idąc za dwoma pierwszemi ogólnemi wskazaniami zastosowuje on wziewania kwasorodu w anemii, blednicy, białaczce, konwalescencyi po ciężkich chorobach, zwłaszcza jeżeli stanom tym towarzyszy znaczna drażliwość przewodu pokarmowego, brak apetytu, nudności, wymioty, rozwolnienie itp.; daléj u osób okazujących pewne dyskrazyje lub dyjatezy, jak *scrophulosis*, dyjatezy dające powód do tworzenia się kamieni moczowych, zanik ostry wątroby, uremija, zatrucia itd. Ja sam miałem sposobność obserwować skutki wziewań kwasorodu tylko u anemicznych i chlorotycznych kobiet. Skutki te były następujące: przedewszystkiém ustępowały przykre przypady ze strony przewodu pokarmowego; nudności i wymioty ustępowały, apetyt powracał, trawienie było należyte, — co umożliwiało podawanie pożywek w ilości potrzebnéj do podtrzymywania sił chorych. Skutki dalsze są jednakie u tych chorych, jak i u owych, którzy nie doznawali przedtém tych zboczeń w trawieniu, a mianowicie: odżywienie polepsza się, ciężar ciała się zwiększa, przemiana pierwiastków odbywa się o wiele szybciéj, jak o tém ze znacznie zwiększonéj ilości mocznika w moczu wnosić można. Ilość ciałek czerwonych krwi zwiększa się; lecz nie zawierają one więcéj hemoglobiny, chyba że równocześnie podawano przetwory żelaza. Chorzy więc przychodzą zupełnie do sił i do zdrowia; stan ten jednak nie jest trwałym i już po jednym lub paru miesiącach od czasu zaprzestania wziewań stan ten pogarsza się na nowo, jeśli chorym nie podawano równocześnie z wziewaniami kwasorodu przetworów żelaza oczywiście w tym okresie polepszenia, kiedy już stan przewodu pokarmowego na to pozwalał.

Ilość kwasorodu, jaką chorzy w przeciągu jednego dnia wziewać mogą, jest różna; z początku podaje się od 15—25 litrów i stopniuje następnie do czterdziestu.

Paryż w lutym 1882. *Dr. Gwiazdomorski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—18 lutego ogólna śmiertelność w Krakowie spadła z 34,4 na 31,3 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 3 (3 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy, 4 odry, 3 krztuśca, 1 duru brzusznego, 32 duru osutkowego (12 z kryminału, z I obwodu 2, z II obwodu 7, z III obwodu 7, ze wsi sąsiednich 4). W tygodniu od 15 do 21 stycznia ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 533, zapadło świeżo 75, umarło 20. W Wiedniu umarło z ospy 14, w Budapeszcie 15, w Paryżu 21, w Petersburgu 5, w Warszawie 30. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 18. Sporadycznie pojawia się dur osutkowy w Budapeszcie, Amsterdamie i w miastach hiszpańskich. Odra złagodniała w Londynie i Chrystyjanii a groźniéj wystąpiła w Wiedniu i w Warszawie. Z cholery umarło w Kalkucie od 4—10 grudnia 101 osób, w Bombaju od 21—27 grudnia 28. W Rio de Janeiro umarła 1 osoba z febry żółtéj od 16 do 30 listopada.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 stycznia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,4; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 30,7; w Budapeszcie 37,5; w Pradze 34,5; w Tryjeście 36,5; w Berlinie 23,9; w Wrocławiu 30,5; w Gdańsku 26,8; w Dreznie 23,6; w Lipsku 25,1; w Mnichowie 36,4; w Bazylei 24,1; w Paryżu 27,5; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 25,2; w Hadze 28,7; w Londynie 22,8; w Kopenhadze 29,0; w Stokholmie 22,1; w Chrystyjanii 25,6; w Petersburgu 34,9; w Odesie 29,3; w Wenecyi 30,9; w Bukareszcie 24,7; w Aleksandryi 30,9; w Bombaju 31,5.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 marca. Wydział lekarski U. J. rozpisał konkurs na posadę demonstratora przy katedrze patologii ogólnéj.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Przed paru tygodniami otrzymałem wiadomość, iż Zarząd główny państwa Tenczyńskiego, własności JW. hr. Potockich, postanowił zakład zdrojowy wód siarczanych w Krzeszowicach, przed kilku laty znacznym nakładem odnowiony, i odpowiednio do dzisiejszych wymagań nauk urządzony, pod jak najkorzystniejszemi warunkami oddać w celu samodzielnego prowadzenia lekarzowi, któryby zechciał zająć się tém przedsiębiorstwem i takowe prowadzić umiejętnie, aby wody krzeszowickie krajowi mogły przynosić pożytek. Położenie Krzeszowic o trzy mile od Krakowa, przy kolei żelaznéj, któréj stacyja znajduje się w miejscu, oraz inne warunki miejscowe, przemawiają za tém, że tego rodzaju przedsiębiorstwo obok pożytku dla cierpiących i dla przedsiębiorcy mogłoby stać się korzystném.

Upraszając szanowną Redakcyję Przeglądu Lekarskiego, czytanego z małemi wyjątkami przez wszystkich lekarzy krajowych, o zamieszczenie téj wiadomości, dodaję, że adres zarządu jest

Zarząd główny dóbr i interesów JW. hr. Potockiego w Krzeszowicach. (St. kol. żel.) pod Krakowem.

Łączę wyrazy poważania i koleżeńskiéj życzliwości.

Kraków 27 lutego 1882. *Dr. Wł. Ściborowski.*

* **Graz**. Na opróżnioną katedrę anatomii opisowéj Wydział lekarski przedstawił 3 kandydatów: Prof. Zukerkandla we Wiedniu, Dr. Holla w Inspruku i Dr. Eberstallera, asystenta w Gracu. Nie ulega wątpliwości, że nominacyja prof. Zukerkandla niebawem nastąpi.

Na opróżnioną zaś po Kundracie posadę prof. anatomii patologicznéj wymieniają jako kandydatów: Docentów Chiarego i Weichselbauma w Wiedniu oraz prof. Eppingera w Pradze.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Leopold Schneeder, rodem z Mielnicznego w Galicyi.

* **Nekrologija**. D. 25 lutego umarł we Lwowie skutkiem przejechania Dr. Szczęsny Maciejowski, b. lekarz sztabowy wojsk polskich, ozdobiony krzyżem wojskowym *virtuti militari*, b. prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich i b. członek rady m. Lwowa, w 83 roku życia. Urodzony d. 15 maja 1799 w Jarowcach w obwodzie sanockim w Galicyi, ukończył gimnazyjum w Przemyślu, filozofiję we Lwowie, medycynę we Wiedniu, gdzie dn. 3 czerwca 1826 r. uzyskał dyplom doktora. Przez lat parę bawił za granicą, zwłaszcza w Paryżu, w r. 1831 był kierownikiem szpitala wojskowego w Warszawie; od r. 1832 stale osiadł we Lwowie, gdzie w r. 1867 założył Towarzystwo lekarskie i przez 2 pierwsze lata był jego prezesem; do r. 1872 był radzcą miejskim. Cześć jego pamięci!

D. 26 lutego wieczór umarł w Krakowie znany chemik Dr. Julijan Grabowski, profesor i przełożony oddziału chemicznego w tutejszym zakładzie techniczno-przemysłowym. Urodzony w r. 1848 po ukończeniu szkoły główněj warszawskiéj pracował w Berlinie, a ztamtąd razem z prof. Bayerem udał się do Strasburga jako jego asystent. Ze Strasburga przybył do

Lwowa jako docent chemii w Uniwersytecie a w r. 1877 mianowany został profesorem w Krakowie. Nie tu miejsce pisać o zasługach naukowych Grabowskiego, mało co bowiem miały wspólnego z medycyną, a jednak nie podobna nie dać wyrazu bólowi powszechnemu z powodu przedwczesnéj śmierci zdolnego pracownika, zacnego obywatela, a skromnego człowieka. Od lat kilku był radcą miejskim i członkiem komisyi sanitarnéj, przedewszystkiém zaś gorliwym nauczycielem i badaczem. Zgasł w młodym wieku; od czasu gdy podczas pożaru w Strasburgu, zajęty niesieniem pomocy doznał był ciężkiego uszkodzenia, był ciągle cierpiącym; rzec więc można, że miłość ku bliźnim przypłacił drogiém dla nas życiem swojém. Cześć pamięci zacnego i zdolnego męża!

D. 27 lutego umarł w Krakowie po kilkodniowéj chorobie jeden z młodszych i zdolniejszych wychowańców naszego Uniwersytetu, Dr. Edward Cozel, lekarz praktykujący w Stanisławowie, licząc lat zaledwie 26.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Medycynie* Nr. 7: Stankiewicza: Przepuklina pachwinowa uwięziona, zgorzel kiszki, wycięcie 20cm. takowéj, szew kiszkowy (dok.); Brunera: Przypadek wyleczenia róży wstrzyknięciem podskórném morfiny; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Kotłubaja: Zmiany anatomiczne ślinianek po podwiązaniu przewodów Stenona i Whartona (z pracowni prof. Brodowskiego); Sokołowskiego: W sprawie leczenia klimatem swojskim.

Do Nru niniejszego dołącza się dla Członków Tow. lek. gal.: Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lek. gal. za r. 1881.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.